

Литература:

1. Эндокринология: национальное руководство / Под ред. И.И. Дедова, Г. А. Мельниченко.- М.:ГЭОТАР – Медиа, 2012.- С. 357-467.
2. Аметов, А.С. Ожирение и сердечно - сосудистые заболевания /А. С. Аметов, Т. Ю. Демидова // Терапевтический архив. - 2005. - № 73 (8). - С. 66–69.
3. Асташкин, Е.И. Ожирение и артериальная гипертензия/ Е.И.Асташкин, М.Г. Глезер // Проблемы женского здоровья. - 2008. - № 4 (3). - С.72-74.
4. Балаболкин, М.И. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: руководство / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанов, В.М. Креминская.- Москва: ООО «Медицинское информационное агенство». - 2008.- С.558-577.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА И СД 2 ТИПА»

Решецкая Т.В., Пучинская Ю.Н

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доцент Сурмач М.Ю.

Сахарный диабет (СД) – одно из наиболее распространенных заболеваний в мире. Целью работы являлось установить особенности образа жизни и медицинской активности пациентов стационаров с диагнозом «СД 1» и «СД 2 типа». Использованы опросный метод и метод выкопировки из медицинских карт стационарного больного. Исследованы 200 пациентов с диагнозом «СД 1» или «СД 2 типа». эндокринологического отделения Гродненской областной клинической больницы (ГОКБ), в период с 01.09.2013 по 01.02.2014 (сплошная выборка).

Из числа опрошенных 46% мужчин и 54% женщин, с СД 1 типа – 30%, с СД 2 типа – 70%. Средняя длительность заболевания составляет 13 лет. В трудоспособном возрасте находятся около половины пациентов, в возрасте 60 лет и старше – 38%. Высшее образование у 46% опрошенных. Около 43% - служащие. Проживают в областном центре 25%, в районном центре 32%, в поселке городского типа 26,5%, в селе 16,5%. Сахароснижающая терапия составляет: инсулин – 56%, таблетированные препараты – 31%, комбинированная терапия – 13%.

Около 23% пациентов диету соблюдают постоянно, 63% - иногда, 14% - не соблюдают. Около 5% пациентов принимают пищу 2 раза в день, 40,5% 3 раза, 37% 4 раза, 17,5% 5 раз. У 55% опрошенных в рационе преобладает пища животного происхождения, у 45% - растительного происхождения. Около 25,1% пациентов предпочитают варку, 27,4% тушение, 25,6% запекание, 21,7% жарку в качестве видов термической обработки пищи.

Не употребляют алкогольные напитки 75,5%, употребляют 1 раз в неделю 3%, 1 раз в месяц 22,5%.

На момент опроса 55% не курят, курят 37,5%, ранее курили, а теперь не курят 7,5%.

По словам пациентов, 54% всегда следуют рекомендациям врача, 39% не всегда, так как не хватает времени, 7% не всегда, так как не необходимых условий для выполнения рекомендаций. Около 35% пациентов за сутки выпивают 0,5 – 1 литров жидкости, 65% - 2-3 литра. Выделяют 0,5 л – 34,5%; 1л – 44%, 2л – 21,5%.

Средний уровень холестерина у пациентов СД составляет 4,86; триглицеридов – 1,29; НвА1с: 7,06. У пациентов с СД 1 и СД 2 типа встречаются такие осложнения, как диабетическая ретинопатия 34,5%; диабетическая полинейропатия 28,8; диабетическая ангиопатия 25,8%; диабетическая нефропатия 10,9%. Среднее систолическое АД 138 мм рт ст, а среднее диастолическое АД 85 мм рт ст.

Таким образом, несмотря на значительную длительность заболевания, наличие осложнений, трудоспособный возраст и высокий уровень образования, только 54% стационарных пациентов утверждают, что всегда следуют рекомендациям врача. При этом 23% постоянно соблюдают диету, около 37,5% курят, и 75,5% не употребляют алкоголь.

Литература:

1. Эндокринология: учебник / И.И. Дедов и [др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 432с.
2. Stettler C, Allemann S, Ju. ni P, Cull CA, Holman RR, Egger M, et al.//Glycemic control and macrovascular disease in types 1 and 2 diabetes mellitus:meta-analysis of randomized trials. Am Heart J. 2006;152: 27-38.

ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ВАРИАНТ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Ржеусская М. Г.

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент С. А. Сушков

Актуальность. В мире число лиц, страдающих трофическими язвами стоп и голеней, составляет от 600 тыс. до 2,5 млн [1]. Наиболее радикальным методом лечения хронических заболеваний вен (ХЗВ) как основной причины развития трофических язв (ТЯ) является хирургическая коррекция венозного рефлюкса [2] в сочетании с пластическим закрытием язвенного дефекта. Однако сочетание ХЗВ с патологией артериального русла, наличие тяжелой сопутствующей патологии, присутствие инфекционного или аллергического дерматита могут явиться противопоказанием к данному варианту оперативного лечения [2]. Высокоэнергетические лазеры, применяемые при лечении ран, обладают гемостатическим, абляционным и антимикробным эффектами, уменьшают послеоперационную боль, повышают регенераторную способность облучаемых тканей [3].

Цель: оценить возможность применения наружного высокоэнергетического лазерного излучения (плотность мощности излучения более 10 Вт/см²) в местном лечении ТЯ.

Материал и методы. За год на базе УЗ«2ВОКБ» лазерная обработка (ЛО) ТЯ проведена 25 пациентам (20 женщин и 5 мужчин). Средний возраст - 61,4±11,3 лет. Этиология: ВБ – 14(56%), ПТФС – 6(24%), ОАНК – 2(8%), другие – 3(12%). У всех пациентов имелись те или иные противопоказания к проведению максимально радикального оперативного вмешательства. Использовался аппарат лазерный медицинский «Mediola-compact» с длиной волны 1560 нм в бесконтактном постоянном режиме. Длительность воздействия 25 сек/см² – до образования на поверхности ТЯ белесоватого струпа. После окончания ЛО, и в дальнейшем ежедневно, струп обрабатывался 5% спиртовым раствором йода. Статистическая обработка проведена с помощью Microsoft Excel.

Результаты. ЛО применялась изолированно (у 11 пациентов – 44%) или в сочетании с вмешательствами на венозной системе. Спинномозговая анестезия при изолированной обработке применена в 3 случаях, в 4 - местная анестезия, в 3 – внутривенная, в 1 – сочетание внутривенной и местной анестезии, в 1 - ЛО проведена без анестезии. Длительность проведения изолированной ЛО в среднем составила 25 мин. Коагуляционный струп является биологическим барьером, защищающим дефект как от внешних воздействий, так и препятствующий лимфорею. По мере отторжения струпа под ним формируется негрубая рубцовая ткань. В среднем полное заживление достигалось в течение 1-1,5 месяцев. Отрицательным эффектом расценен у 6 пациентов, у 8 наступило уменьшение площади дефекта на 1/3-1/2, у 11(44%) произошло полное заживление язвы.